



בית משפט השלום בהרצליה

23 מרץ 2026

ת"א 55317-03-26 דהן נ' עיריית רמת גן

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 22/03/2026 בשעה (بالساعة) 16:55 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 55317-03-26 דהן נ' עיריית רמת גן.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו -077 3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 *3852 www.court.gov.il.

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

התובע :

מאיר דהן, ת"ז 055672992

מרחוב החרושת 7 רמת גן

טלפון : 050-3206040

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254)

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן

טל' : 03-7412358 פקס' : 077-3180983

דוא"ל : Office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת :

עיריית רמת גן

מרחוב ביאליק 35, רמת גן

טל' : 03-6759007

דוא"ל : tvia-rg@ramat-gan.muni.il

מהות התביעה :

נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה :

אינו ניתן להערכה.

סכום אגרת

בית המשפט :

839 ₪ (לפי ס' 34 בתוספת 2 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז-2007).

תיקים קשורים :

לא קיים הליך נוסף בבית משפט או בבית דין, בקשר למסכת עובדתית דומה.



כתב תביעה

הזמנה לדין

הואיל והתובע הגיש כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגישי כתב הגנה אזי לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018 יהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

א. תיאור תמציתי של בעלי הדין:

1. הנתבעת הינה רשות מקומית/עירייה הפועלת על פי דין, אשר בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו היתה הבעלים ו/או המחזיקה ו/או האחראית לתחזוקת המדרכות והכבישים בתחום שיפוטתה.
2. התובע, יליד 11.2.1959 נפגע עת הלך ונפגע כתוצאה ממפגע במדרכה.

ב. הסעד המבוקש:

3. התובע נפגע בתאונה כתוצאה מרשלנותה של הנתבעת, במעשה או במחדל, ו/או כתוצאה מהפרת חובות חקוקות על ידה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו.
4. התובע, ספר בעיסוקו, מחמת התאונה ותוצאותיה, מתקשה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נגרמו לו הפסדי שכר וצפויים הפסדי שכר בעתיד.
5. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מוגבל התובע בביצוע פעולות יומיומיות שונות הוא נזקק למעקב רפואי, טיפולים, עזרת הזולת ויזדקק לאלה גם בעתיד.
6. עקב התאונה ותוצאותיה, בשים לב לאופי הפגיעה, מתקשה התובע בניידות ונזקק להוצאות בגין עזרת הזולת והוצאות נסיעה מוגברות.

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|--|
| 105,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות/גריעה מכושר ההשתכרות בעבר- |
| 35,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 13,000 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 15,000 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה-רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.



(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

ג. תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה:

2. בתאריך 17.1.25, עת צעד לכיוון תחנת האוטובוס ברחוב רשי, ברמת גן, נפל עקב מפגע במדרכה, והוא נחבל בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב תמונות המפגע, מסומנות "כנספח 1".

3. יצויין כי לאחר התאונה תוקנה המדרכה ובוצע תיקון ו/או שיפוץ להסרת המפגע.

רצ"ב תמונות תיקון המפגע, מסומנות "כנספח 2".

4. התובע יטען, כי אינו יודע ולא יכול היה לדעת מה היו הסיבות המדויקות שגרמו לתאונה, כי התאונה נגרמה כתוצאה ממפגע שהיה בשליטתה המלאה של הנתבעת וכי עצם אירוע התאונה מתיישב עם מסקנה של התרשלות מצד הנתבעת יותר מאשר עם מסקנה הפוכה, ועל כן, על הנתבעת הנטל להוכיח, כי לא באשמה אירעה התאונה.

5. לחילופין, יטען התובע, כי התאונה אירעה מחמת הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבעת ו/או עקב התרשלותה, אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

(א) התרשלה בכך שלא דאגה ו/או פיקחה ו/או תחזקה את הכבישים והמרצפות המצויות בשטחה ולא דאגה להסיר מכשולים/מפגעים.

(ב) לא דאגה לבטיחות התשתיות המוצבות בעיר.

(ג) לא דאגה לתקינותן ולתחזוקתן הראויה התשתיות העירוניות, למרות שצפתה ו/או צריכה היתה לצפות שהולכי הרגל עלולים להיפגע מהמפגע.

(ד) לא הזהירה את הולכי הרגל מפני המפגע.

(ה) לא דאגה להסרת המפגע.

(ו) לא דאגה לגדר את המפגע.

(ז) לא עשתה דבר או לא עשתה די למניעת התאונה.

(ח) נהגה בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

(ט) לא נהגה כפי שעיריה סבירה וזהירה היתה נוהגת בנסיבות דומות.

(י) הפרה את חובותיה החקוקות בסעיפים 235, 249 לפקודת העיריות (נוסח חדש).

6. לאחר התאונה, ומשלא חלפו הכאבים, אלא, החמירו, פנה לקבלת טיפול רפואי, כשהוא סובל מכאבים והגבלה בטווחי תנועות כתף זרוע שמאל, בבדיקות דימות שנעשו לו בבית החולים הדגימו שבר בראש ההורמוס, הוא קיבל זריקת וולטרן לשיכוך כאב והופנה למיון להמשך מעקב אורתופדי.

7. התובע טופל בבית החולים "איכילוב" בתל אביב, שם הומלץ לו על ניתוח להחלפת כתף, אך חרף היפונטרמיה הוא לא נותח, הוא שוחרר לביתו שידו מקובעת במתלה, בהנחיה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב אורתופדי ומנוחה.

8. התובע המשיך במעקב אורתופדי במסגרת מרפאת כתף באיכילוב ובמסגרת הקהילה, הומלץ לתובע למצות טיפול שמרני, הוא הופנה לצילומים נוספים, טיפולי פיזיותרפיה והמשך נטילת משככי כאבים, כולל זריקות.

9. במסגרת המעקב הרפואי שביצע במרפאות החוץ של בית החולים איכילוב עלתה פעם נוספת אופציה להתערבות ניתוחית להחלפת מפרק בשים לב להגבלה הקשה, אולם, בשים לב לסיכון ולהשלכות בחר התובע להמשיך בטיפול שמרני ומעקב והוא הופנה לביצוע המשך טיפולי פיזיותרפיה.

10. התובע ממשיך במעקב רפואי אולם נותר עם כאבים והגבלה בתנועות כתף וזרוע שמאל.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

11. ד"ר תומר קרבאל מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את התובע קבע כדלקמן:

"... בן 66

בתאריך 17.1.25 נפגע בתאונה בדרך לעבודה ברמת גן. נתקל במפגע במדרכה כפי תיאורו ונפל. נחבל בכתף שמאל.

טופל במוקד רפואי טרם ובית חולים איכילוב ומרפאות קופת חולים

צילומים וכן CT כתף שמאל- שבר הומרוס מקורב צוואר כירורגי 2 חלקים עם תזוזה לווארוס

הומלץ ניתוח ולא בוצע עקב היפונטרמיה

במעקב צילומים איחוי עם וארוס 905 מעלות

כיום- קושי משמעותי יותר בתנועות כתף. חולשה בכתף"

12. בסיכום קובע המומחה המלומד את נכותו הצמיתה של התובע כדלקמן:

"במעקב צילומים 10.3.25, 11.55.25, 18.8.25- איחוי שבר הומרוס עם וארוס
ניכר 90 מעלות

איחוי לא תקין זה גורם להגבלה בתנועה כפי ממצאי בדיקתי הגבלה עד גובה
השכם
מצבו כיום צמית וקשור לתאונה

יש מקום לקבוע נכות זמנית

100% עד 1.4.25

50% עד 1.6.25

לדעתי נותרה נכות צמיתה בגובה

• **20% לפי 41(4)ג חלקי הגבלה בכתף שמאל**

רצ"ב חוות דעת ד"ר קרבאל, מסומנת "כנספח 4".



13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות כתף וזרוע שמאל, מקושי
בהרמת משאות, מקושי ביציבה ונשיאה, מקושי בביצוע פעולות יום יומיות,
מכאבים, והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובע ספר במצו, לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה, נעדר ממושכות מעבודתו,
מתקשה בביצועה, נאלץ לצמצם את היקפה, נגרמו לו הפסדי שכר וצפויים לו
הפסדי שכר בעתיד.

15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, הוא נזקק
לעזרת הזולת ויזדקק גם בעתיד.

16. מחמת התאונה ותוצאותיה נגרמו לתובע הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות
והא יזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.

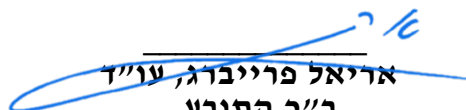
ד. העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

17. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בגין אחריותה לתאונה כמפורט לעיל.

18. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

19. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תמונת מפגע 1 (עמודים 9 עד 10)	9
נספח 2: תיקון המפגע (עמודים 12 עד 14)	12
נספח 3: תעודות רפואיות (עמודים 16 עד 38)	16
נספח 4: חוות דעת אורתופדית (עמודים 40 עד 42)	40
נספח 5: יפוי כח ווסר (עמודים 44 עד 46)	44



נספח 1 :

תמונת מפגע 1

(עמודים 9 עד 10)







נספח 2 :

תיקון המפגע

(עמודים 12 עד 14)





04.03.2025 14:23



04.03.2025 14:22



04.03.2025 14:57

נספח 3 :

תעודות רפואיות

(עמודים 16 עד 38)



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: נפלה - בעבודה	תיק מס': 608190	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 1229083	תאריך ביקור Date: 14:07 17/01/2025
-------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. דמיטרי אולשנסקי	שם: מאיר דהן תז: 055672992	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: מכבי
---	-------------------------------	---

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0503206040 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Fx humerus	
Pulse: 71, TempC: 36.7 PO, O2sat: 99, BP: 144/83 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 11/02/1959 Age: 65 years 11 months	
Injury/Pain Exam: LEFT ELBOW : NOT Swollen, Fell < 1 m, Pain started in < 1 hr, Pain is severe, Pain at end of ROM, Elbow Rotation AND RadialHead NOT tender, LEFT SHOULDER : No direct blow to shoulder, Fell on shoulder, No Rotation of shoulder, No Spontaneous pain, No old shoulder pain, Pain started within 1 hr from Trauma, No ROM b/o pain, Scapula NOT tender, Clavicle NOT tender, Sternum NOT tender, HumeralHead NOT tender, Genulohumeral_joint tender, Acromioclavicular_joint tender, Is sensitive around shoulder, הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 65 צלול ועצמאי. רקע גאוס ויל"ד התקבל לאחר נפילה טכנית כאשר הלך נחבל בזרוע השמאלית מאז יש כאבים מאוד קשים קושי בהנעת היד עידכון ב 04.02.2025: לדברי המטופל בתאריך 17.1.25 הגיע למיון טרם איכילוב בני ברק בעקבות נפילה שהתרחשה בדרכו לעבודה. בצילום שבוצע נמצא כי הוא סובל משבר בכתף. === בדיקה גופנית: מדדים שמורים בבדיקת היד השמאלית- דפקים פריפרים נמושו היטב, כאבים במישוש מפרק הכתף, רגישות במישוש המרפק, ללא הגבלה בתנועת המרפק, ללא הפרעה בתנועת כף היד. צילום כתף - רושם לשבר ראש ההומרוס === מהלך ודיון: לסיכום - שבר ראש ההומרוס - קיבל וולטרן לכאבים. הוכנס למתלה כתף. יופנה למיון באופן מיידי להמשך מעקב אורתופדי יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) Tests done (results scanned on actual chart) צילומים שבוצעו: זרוע שמאל <<< כתף שמאל <<<	
Procedures & Treatments done at Visit	ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com
פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):	

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הופנית לבית חולים / חדר מיון
You Have been referred to the ER / hospital

סיבות להפנייה למיון : התייעצות דחופה עם מומחה

תוקף הפניה זו הוא עד ל 15:26 18/01/2025

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. דמיטרי אולשנסקי מ.ר. 165496

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



שעה: 14:07 תאריך: 17/01/2025 #ביקור: 1229083 #תיק: 608190

חדר	קופ"ח מכבי רופא מפנה/הקבוע ללא	שם מאיר דהן תז 055672992 מין ז גיל 65 שנים 11 חדשים	RR	%SaO2 99%	T/°C 36.7 PO
	נפילה - בעבודה	כתובת: רמת גן טל"ב 0503206040 נ"י	B/P לח"ד 144/83	דופק/P 71 סדיר	

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

ביקור 1229 083 (בחוץ)
הוזמן ב: 17/01/2025 15:17:42
חולה: מאיר ד
תז: *****992
מזמין: דמיטרי אולשנסקי
קיבל: אמגד גמאל
קופה: מכבי

SIINGing
שם:
Voltaren (Diclofenac
Sodium) IM, 75 mg
שם:

מטריאג'

14:20:36
דינאל רינדין

Allergies: NONE

לא רוצה טיפול נגד כאב/חם

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

☐ הביטלה ומעקב בקופ"ח

☐ לבית חולים

☐ פנוי באמבולנס

☐ חופנה לרוממה

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופאי בקופה

חתימת חולה:

חתימת וחותמת רופא



מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מר גרם מפנה

ד"ר יליזבט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



קוד הפניה: 418613028

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר
ת.ז.: 55672992	טל. עבודה/נייד: 0503206040
ת.לידה: 11/02/1959	טלפון: 0508443216
כתובת: 0055672992	מיקוד: 5256809
ת.ז.:	מ.ז.:
ת.לידה:	ת.ז.:
כתובת:	מיקוד:

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אגא פעל בהתאם להנחיות:

GLUCOSE (B) - 02947
Urea (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
Potassium (B) - 04132
ALT (SGPT) - 04460
ALBUMIN (B) - 02040
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
Microalb/Creat Ratio URINE - 02045
FOLIC ACID - 02746
VITAMIN D (25 OH) - 02306
PTH Battery - 03971
Cortisol 8am (B) - 02529

HbA1C - 03037
Creatinine (B) - 02565
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
BILIRUBIN Total - 02250
Urine General - 01000
FERRITIN - 02728
VITAMIN B12 - 02607
TSH - 04443
PROT. ELECTROPH * - 04165

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
יש לבצע את הבדיקה לפני נטילת התירוקסין או ליתרון Levodopa or Liothyronine

הנחיות נוספות: דגימת שתן ראשון של הבוקר
יש להגיע למעבדה בין השעות 7:30-8:30
* עבור בדיקת Urine General:
מומלץ שתן ראשון של הבוקר, יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה, יש לאסוף דגימת שתן
מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא, יש למסור את דגימת השתן תוך שעותיים
למעבדה בסניף.

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים. בלקיחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון 3555

לבדיקות דחופות: IVF, ביולוגין ילודים (אונטול), INR, למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 02/02/2025 עד תאריך 03/05/2025. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

Uric Acid

מ ר גורם מפנה

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 418613742

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

גאל

פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
ת.לידה: 11/02/1959	מ.י.ז:	טלפון: 0508443216	טל.עבודה/בית: 0503206040
כתובת: החרושת 7, רמת גן	מיקוד: 5256809	0055672992	

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתנה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

URIC ACID (B) - 04550

PSA - 04153

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 4 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול אופטלגין (דיפירון) במשך 24 שעות לפני ביצוע הבדיקה

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים. בלוקות דם וירידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע חור בסלפון 3553

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (מאונסט), INR, למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 02/02/2025 עד תאריך 03/05/2025. לעיתים תתבצעה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקוחות דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יוני יגאל

מר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



023717



התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 418613079

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר
ת.ז.: 55672992	ת.לדה: 11/02/1959
טל.עבודה/בייד: 0503205040	טלפון: 0508443216
מיקוד: 5256809	מין: ז
	כתובת: התרושת 7, רמת גן

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרס" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהומרוס הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית).
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע נוכח היפונטרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE.
מילוי תעודה ראשונה לנפגע בעב'.
הפניה למעבדה.

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

תרופות קבועות:

- TRITACE COMP 2.5M 28TAB 1X1X90
- ALLORIL 100MG X 50 1X3X90
- ALFU - KAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעש/ות: לא

סיבת ההפניה: טיפולי כתף אחרי שבר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/02/2025 עד תאריך - 01/08/2025

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

02/02/2025

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר יוני יגאל
מומחה ברפואה פנימית
02/02/2025

תאריך: 2/02/2025
שעה: 16:55:45

להכונה וסיע: מוקד 3555
<https://www.maccabi4u.co.il>

מכבי

הבריאות המערכתית

ל: דהן

ת.ז.: 55672992 0 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/02/2026

אסותא "השלום" כאמפא
אוסטופורוזיס-מחלות עצם

96

בית חולים
מרמאות
יגאל אלון

מילל:

טלפון: 03-7644444

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 250240192

היננו מאשרים כי דהן
חבר ב- מכבי שלי
על חשבונו: מכבי שירותי בריאות
לשימוש המוסד נותן השרות:

תאריך טיפול:	התחייבות:	ת.ז. חבר:
		
02022025	250240192	055672992

קוד	מס	תאריך טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
CPT	00	00 צפיפות עצם בשיטת DEXA	24025	2/02/2025	2/02/2025	1
76075	0					

ישוב: רמת גן
מתאם שרות: הקמה אוטומטית(קליק)
מרכז רפואי: רמת-גן
אורה
טל: 03-6750333

התחייבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

גססח להתחייבות מספר 250240192
התחייבות זו עבור שירותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שירותי בריאות.

אתר אסותא מרכזים לזימון תורים:
[HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

בברכת בריאות טובה
"מכבי שירותי בריאות"

חצה לקבל את השרות במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מימשת את טופס ההתחייבות אפשר לבטל ולהוציא בקלות
טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מותר רשימת נותני השרות להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האישי באתר/אפליקציה או בטלפון 3555
עם הוצאת הטופס החדש הטופס הנוכחי יבוטל

לתשומת לבך, הקופה לא תממן טיפול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן למבוטח בעמיתים עבור אותה פנייה.

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יוני יגאל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

מ.ר גורם מפות



0058508599



023717

קוד הפניה: 418613916



טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דהן	ת.לידה: 11/02/1959	מין: ז	טלפון: 0508443216	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
כתובת: החרושת 7, רמת גן	0055672992	מיקוד: 5256809	טל.עבודה/נייד: 0503206040		

צפיפות העצם

תלונות: ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרם" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהזרזים הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית).
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע נוכח היפונטרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE.

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

תרופות קבועות:

- TRITACE COMP 2.5M 28TAB 1X1X90
- ALLORIL 100MG X 50 1X3X90
- ALFU - KAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעשנות: לא

הבדיקה הדרושה: צפיפות העצם

סיבת הפניה: שבר אוסטאופורוזי בעבר.

לאורך ביצוע הבדיקה עליך להגיע עם התחייבות כספית.
את ההתחייבות אפשר להדפיס במכבי און ליין/מכבי לי.
הנך זכאי לקבלת התחייבות אחת לשנתיים.
במידה ולא הופקה התחייבות אוטומטית עם הפניה זו - יש לפנות למשרד מכבי לבירור הזכאות ולהסדרת טופס התחייבות.

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

02/02/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-365 יום, מתאריך - 02/02/2025 עד תאריך - 02/02/2026

התימה וחוזמת

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יכני יגאל

חבר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הבדק:	שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
ת.לידה: 11/02/1959	מין: ז	טלפון: 0508443216	טל.עבודה/נייד: 0503206040
כתובת: 0055672992	החרושת 7, רמת גן	מיקוד: 5256809	

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שם המעביד וכתובתו	חבר (כל)	שכיר/עצמאי	שם האב
יוסף	עצמאי	כ	שעה	ת.פגיעה
17/01/2025	11:20	התעסקות בשעת הפגיעה	נפל בדרכו למקום העבודה	נמצא בטיפול מיום
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	כתף שמאל		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרם" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהומרוס הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית).
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע נכח היפונטרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE.
מילוי תעודת ראשונה לנפגע בעב.

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך 90 ימים, היינו מיום: 17/01/2025 עד יום: 16/04/2025 (בכלל)

02/02/2025

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה. למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

10.03.25

לכבוד



דהן מאיר

החרושת 7/4

רמת גן, 5256809

מס' זימון: 00000000

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כתף

מר/גב' דהן מאיר 5567299-2 מוזמן/ת ביום שני 12/05/2025 לשעה 09:50 למרפאה אורטופדית כתף בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבידיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופדית	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חילילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 050-3206040 דוא"ל מטופל: mny.salon@gmail.com
-----------------	--	--

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם בחניון וייצמן. 2. לקבלת ההטבה, יש להציג בהגעה למרפאה תו נכה של משרד התחבורה שהינו בתוקף או צילום שלו משני צידיו. 3. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
-------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
אינטילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהל/ת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל/ת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
תאריך לידה: 11/02/1959	גיל: 66	טלפון: 050-3206040
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: החרושת 7/4 רמת גן 5256809

נתוני ביקור - תאריך: 10/03/2025 שעה: 08:52 מספר ביקור: 45081161

מחלה נוכחית - אורתופדיה כתף

תלונה עיקרית: כאבים בכתף

מחלה נוכחית

גיל: 65

יד דומיננטית: ימין

הערות / תוספות:

ברקע GOUT מטופל באלוריל, יל"ד ו BPH, פוליו גפה שמאלית עליונה שמאל

של כתף: שמאל

הופיע: לאחר תאונת עבודה מתאריך: 17/01/2025

עוצמת הכאב VAS: 5 - בינוני

הערות / תוספות - תלונת המטופל:

בתאריך המתואר שבר הומרוס מקורב מצד שמאל בדרכו לעבודה.

דו"ס אפשריות טיפול שמרני אל מול ניתוחי - החלפת כתף - העדיף להמשיך בטיפול שמרני.

ציון תפקודי של הכתף subjective shoulder value: 20 %

Quick DASH score: 70

בדיקות עזר

17.1.25 - כתף שמאל - שבר צוואר אנטומי בעמדת וארוס.

צילום רנטגן 10.3.25 - שבר בעמדת וארוס משמעותי, ללא שינוי מצילום קודם

טיפול קודם שבוצע

פיזיותרפיה החל

בדיקה כתף

תיאור כללי: הגבלה קשה

סטטוס מרולוגי: ללא חסר תחושת או מוטורי

טווחי תנועה אקטיבי

כיפוף קדמי: צד שמאל מעלות 30

אבדוקציה: צד שמאל: מעלות, 30

סיבוב חיצוני: צד שמאל: מעלות, 0

סיבוב פנימי: צד שמאל: עכוז

טווחי תנועה פסיבי

כיפוף קדמי:

אבדוקציה:

סיבוב חיצוני:

סיבוב פנימי

מבחנים

מבחני צביטה:

מבחני בייספס

מבחני סובסקפולריס

מבחני ACJ

מבחני לברום

אבחנות כתף: : שבר הומרוס

הערות / תוספות:

תנועת מרפק חופשית

שזור NV בפיזור ARUM

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF UPPER END OF HUMERUS, CLOSED	813.08	Left	10/03/2025	✓			
FRACTURE OF HUMERUS	812.20						

אבחנות רקע

אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	M/P	Rec
GOUT	274.9					
ARTERIAL HYPERTENSION (HTN)	401.9					

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

פעילות גופנית: לא

תרופות קבועות

ALLORIL TAB 300 mg P.O

300 mg

TRITACE TAB 1.25 mg P.O

1.25 mg 1 X 1 ביום

סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

שם: מאיר דהן	ת"ז: 55672992	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------	---------------	-------	------------------------

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודיון

בן 66, רקע כמפורט, פוליו גפה שמאלית עליונה שבר הומרוס מקורב עמדת וארוס העדיף המשך טיפול שמרני בצילום ביקורת היום - שבר בעמדת וארוס כמפורט, ללא שינוי בעמדה. טרם נצפים סמני חיבור. הוסבר על תוצאה תפקודי צפויה (מגבלת טווחים, כאבים).

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: — *פיזיותרפיה - טווחי תנועה אקטיבי, אקטיבי נעזר ופאסיבי לפי כאבים. ללא התנגדויות בשלב זה.
— *ביקורת מרפאה + צילום בעוד 8 שבועות

חופשת מחלה: 3

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			7 ימים	X 1 ביום	2.5 mg	P.O	TRITACE (RAMIPRIL)

אתר איכילוב הום



חתימה:

נחתם ע"י: דר' כזום אפי מ.ר. 120927

מסמכים נלווים

ד"ר אפי כזום
אורטופד מומחה, מנתח כתף
מ.ר. 120927

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת הרדמה

כל השדות שדות חובה!

חולה אמבולטור

US

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע			
מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד
☐ ללא אמצעי עזר ☐ מסכת חמצן ☐ +בלון ☐ מונשם	☐ הכרה מלאה ☐ הכרה חלקית ☐ חסר הכרה	☐ הליכה ☐ כסא גלגלים ☐ מיטה	☐ כן ☐ לא
			זיהום פעיל
			☐ לא ידוע ☐ שחפת ☐ MRSA ☐ אחר איזה?
			הריון
			☐ כן ☐ לא ☐ לא ברור

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

True $\Delta f = \lambda \cdot \nu_{\text{view}}$

2 x low low

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

פעולות פולשניות

חלק ב' ימולא בהזמנת הבריאות המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVF, אנגיוגרפיה

CREATININE

-IX BUN-

תיפקודי כליה:—

תיפקודי כליה: _____ BUN - _____ אר _____
 לא ☐ כן ☐ איננו ידוע?

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא

האם פיתח תגובה? ☐ כן ☐ לא

אסנומה? ☐ כן ☐ לא

אלרגיה או רגישות לתרופות? (*)

* אם כן איזו ובמה מתבטאת?

IVB. 05.1

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!
 חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

הערת: חולה המומן ל-7 ימים חובה להוריד עם טופס השמירה בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מוגשם או חסר הכרה

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

שעה:

תאריך קבלת ההזמנה:

הערת הרד"ל:

דחיפות הביצוע:

הוראות ביצוע:

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מחולקים							

מקולקלים כמות: רופא:

מס' בד"ק / מספר הבדיקות:

תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



מק"ט - 6520413409



חודס בתאריך: 07/05/2025 13:14
חודס ע"י: דורנר אסף

דף 1

גליון ביקור
דחן מאיר, ת.ז.: 55672992, גיל: 66.2

טיפול ישי	טיפול נוכחי	הערות טיפול קודם	שם פיזיותרפיסט	סוג הביקור	תאריך ביצוע	תאריך שעה
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	07/05/2025	07/05/2025 13:13:56
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	05/05/2025	05/05/2025 13:17:11
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	04/05/2025	04/05/2025 13:09:51
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	28/04/2025	28/04/2025 14:03:35
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	24/04/2025	24/04/2025 13:33:58
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	ק"י שפור בטווח התנועה, חזר לעבודתו כספר, מספר מטופל בום ללא כאבים חזקים. תחושת לחץ ניכר לאחר אבדקשן מעל 130 מעלות ופליקשן מעל 100 מעלות. ניתנו תרגילים לדסציה חיצונית	דורנר אסף	81 ביקור רגיל	23/04/2025	23/04/2025 13:05:59
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	20/04/2025	20/04/2025 13:02:40
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	החזיק לחזור לעבוד במספרה, מצליח לספר מטופל או שניים ביום. מרגיש מעט לחץ בכתף לאחר תספורת, ללא כאבים חזקים	דורנר אסף	81 ביקור רגיל	17/04/2025	17/04/2025 10:52:26
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	התקדמות חיובית. טיפול מנאלי עם כאבים פחותים. הודרך למספר תרגילים עם מקל ונתענתות אקטיבית לצורך המשך תרגול במהלך חופשת הפסח	דורנר אסף	81 ביקור רגיל	16/04/2025	16/04/2025 11:03:54
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	09/04/2025	09/04/2025 13:19:53

שם	תאריך	שעה
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	07/04/2025	13:39:52
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	06/04/2025	13:33:33
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	03/04/2025	13:40:24
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	31/03/2025	14:00:28
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	30/03/2025	13:33:48
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	26/03/2025	15:50:56
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	24/03/2025	14:11:02
TELEPHONE TREATMENT ביקור רגיל	23/03/2025	12:50:24
Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	20/03/2025	10:06:09
Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	17/03/2025	16:14:02
TELEPHONE TREATMENT ביקור רגיל	16/03/2025	09:10:48

07/05/2025 13:14: חודפס בתאריך: 07/05/2025 13:14
חודפס ע"י: דורנר אסף

דף 3

גליון ביקור
זמן מאיר: ת.ז.: 55672992, גיל: 66.2

טיפול ישי	טיפול נוכחי	הערות טיפול קודם	שם פיזיותרפיסט	תאריך ביצוע	תאריך שעה
	EDU PRE DIABETIC CONSULTATION THERAPEUTIC EXERCISE EDU SELF EXERCISE Manual Therapy ביקור רגיל	ביום שני 10.3 יש צורך בביקור באיגוד, נדרש לבצע ביקור פרטני טיפולי רלוונטי למצב. במסגרת הביקור מפורשות מביית החולים להחמיל בעבודה פסיכית, תוך הפעלה AA ואקטיביות ממונה	דורנר אסף	13/03/2025 81 ביקור רגיל	13/03/2025 14:44:59
	EVALUATION INITIAL THERAPEUTIC TREATMENT THERAPEUTIC EXERCISE EDU SELF EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	05/03/2025 81 ביקור רגיל	05/03/2025 17:38:35

תאריך: 07/05/2025

מ.ר גורם מפנה



191675

מכבי שירותי בריאות
פיזיותרפיה
07/05/2025

דורנר אסף
פיזיותרפיה | פיזיותרפיסט/ית - רצפת אגן

התמחויות:
פיזיותרפיסט

טלפון: 03-5771313
פקס: 073-2284938

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק (קומה שלישית)

שם פרטי: מאיר	שם משפחה: דהן	פרטי הנבדק:
ת.ז.: 55672992	ת.לידה: 11/02/1959	מין: ז
טלפון: 0508443216	כתובת: החרושת 7, רמת גן	0055672992
טל.עבודה/נייד: 0503206040	מיקוד: 5256809	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 07/05/2025

ת"ז: 55672992

לכבוד דר' דר' אפי כזום

מרת דהן מאיר

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: FRACTURE OF HUMERUS •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך יצירה
המטופל יחזור לעבודתו כספר	10/06/2025		05/03/2025
המטופל ירים את היד כדי להגיע למדף	25/04/2025		05/03/2025

טופל החל מ- 05/03/2025

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	34	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	1	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

TELEPHONE TREATMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 23 ביקורים

הערות:

מטופל היה בפיזיותרפיה 23 ביקורים.
ניתן שילוב של טיפול מנואלי לשיפור טווחי תנועה עם מתן תרגילים לבית,
ללא תרגולי חיזוקים בשלב זה.
מחכים לאישור רופא במידה ואיחוי השבר מתבצע כראוי לצורך התחלת
שילוב תרגול של חיזוקים לכתף.

ביצע תרגולים עם גלגלת ואופני עמידה של ידיים.
ללא כאבים בתנועת מרפק שמאל, שכי שמאל וצוואר.

אסף דורנר
פיזיותרפיסט
מ.ר. 191675
מרחב בני ברק

חתמה

תאריך: 07/05/2025

מ.ר גורם מפנה



191675

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

07/05/2025

דורנר אסף

פיזיותרפיה | פיזיותרפיסט/ית - רצפת אגן

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284938

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק (קומה שלישית)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
ת.לידה: 11/02/1959	מין: ז	טלפון: 0508443216	טל.עבודה/נייד: 0503206040
כתובת: החרושת 7, רמת גן	מיקוד: 5256809		

חזר מעט לעבודה כספר, עובד שעה-שעתיים ביום ללא סחיבת חפצים כבדים.

טווחי תנועה כתף:
אבדקשן 80 אקטיבי, 110 פסיבי
פלוקשן 90 אקטיבי, 120 פסיבי
רוטציה חיצונית 50 אקטיבי, 70 פסיבי
רוטציה פנימית- טווח מלא
אקסטנשן- אקטיבי 60 מעלות, פסיבי 80 מעלות
HBB- פער 1 ס"מ בין הידיים, יד שמאל מגיעה לחוליה T9-T10
HBB- מצליח, עם קושי

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: דורנר אסף

שם המכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה



מכבי
אסף דורנר
פיזיותרפיסט
מ.ר גורם מפנה
191675-1
מ.ר גורם מפנה

חתימה

כיפוף קדמי : צד שמאל: מעלות 80
 אבדוקציה: צד שמאל: מעלות 70
 סיבוב חיצוני: צד שמאל: מעלות 15
 סיבוב פנימי: צד שמאל: לומבו-סקראל
 טווחי תנועה פסיבי
 כיפוף קדמי: צד שמאל: מעלות 100
 אבדוקציה:
 סיבוב חיצוני: צד שמאל: מעלות 15
 סיבוב פנימי
 כח אבדוקציה צד שמאל 4
 כח רוטציה חיצונית צד שמאל 4
 כח סובסקפולריס צד שמאל 4
 מבחנים
 מבחני צביטה:
 קשת כאב צד שמאל: חיובי
 אמפטי קאן צד שמאל: חיובי
 מבחני בייספס
 מבחני סובסקפולריס
 BELLY PRESS צד שמאל: שלילי
 BEAR HUG צד שמאל: חיובי
 מבחני ACJ
 מבחני לברום

אבחנות כתף: שבר הומרוס
 הערות / תוספות:
 תנועת מרפק חופשית
 שמור NV בפיזור ARUM

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF UPPER END OF HUMERUS, CLOSED	813.08	Left	10/03/2025	✓			
FRACTURE OF HUMERUS	812.20						

אבחנות רקע

אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	M/P	Rec
GOUT	274.9					
ARTERIAL HYPERTENSION (HTN)	401.9					

הרגלים

מעשן/ת: לא
 אלכוהול: לא
 סמים: לא
 שינה: תקינה
 פעילות גופנית: לא
 תרופות קבועות

ALLORIL TAB 300 mg P.O
 TRITACE TAB 1.25 mg P.O

300 mg
 1.25 mg 1 X 1 ביום

תאריך ושעת ההדפסה: 10:00 19/05/2025
חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
תאריך לידה: 11/02/1959	גיל: 66	טלפון: 050-3206040
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: החרושת 7/4 רמת גן רמת 5256809 גן

נתוני ביקור - תאריך: 19/05/2025 שעה: 09:33 מספר ביקור: 45329836

מחלה נוכחית - אורתופדיה כתף

תלונה עיקרית: כאבים בכתף

מחלה נוכחית

גיל: 65

יד דומיננטית: ימין

הערות / תוספות:

ברקע GOUT מטופל באלוריל, יל"ד ו BPH, פוליו גפה שמאלית עליונה שמאל

של כתף: שמאל

הופיע: לאחר תאונת עבודה מתאריך: 17/01/2025

עוצמת הכאב VAS: 5 - בינוני

הערות / תוספות - תלונת המטופל:

בתאריך המתואר שבר הומרוס מקורב מצד שמאל בדרכו לעבודה.
דו"מ אפשרויות טיפול שמרני אל מול ניתוחי - החלפת כתף - העדיף להמשיך בטיפול שמרני.
ציון תפקודי של הכתף subjective shoulder value: 40 %
Quick DASH score: 70

בדיקות עזר

17.1.25 - כתף שמאל - שבר צוואר אנטומי בעמדת וארוס.
צילום רנטגן 10.3.25 - שבר בעמדת וארוס משמעותי, ללא שינוי מצילום קודם
11.5.25 - וארוס של כ 95 מעלות. שבר במגמת חיבור

טיפול קודם שבוצע

פיזיותרפיה החל

בדיקה כתף

תיאור כללי: הגבלה קשה

סטטוס מרולוגי: ללא חסר תחושותי או מוטורי

טווחי תנועה אקטיבי

לכבוד

19.05.25



מס' זימון: 00000000

דהן מאיר

החרושת 7/4

רמת גן, 5256809

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כתף

מר/גב' דהן מאיר 5567299-2 מוזמן/ת ביום שני 18/08/2025 לשעה 09:50 למרפאה אורטופדית כתף בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 050-3206040 דוא"ל מטופל: mny.salon@gmail.com
--------------	---	---

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם בחניון וייצמן. לקבלת ההטבה, יש להציג בהגעה למרפאה תו נכה של משרד התחבורה שהינו בתוקף או צילום שלו משני צידיו. 2. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
-------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודיון

בן 66, רקע כמפורט, פוליו גפה שמאלית עליונה

שבר הומרוס מקורב עמדת וארוס 17.1.25

בצילום ביקורת היום - שבר בעמדת וארוס ניכרת, נצפים סמני חיבור

בבדיקתו הקלינית מגבלת טווח כמפורט, ירידה בכוח גס כמפורט

ממליץ על המשך טיפול פיזיותרפי לשיפור טווחי תנועה + ביקורת מרפאה בעוד 3 חודשים + צילום

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: ממליץ על המשך טיפול פיזיותרפי לשיפור טווחי תנועה

ביקורת מרפאה בעוד 3 חודשים + צילום

חופשת מחלה: 3 חודשים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			7 ימים	X 1 ביום	2.5 mg	P.O	TRITACE (RAMIPRIL)

אתר איכילוב הום



ד"ר אפי כוזם
אורטופדית, מנתח יד
120927

חתימה:

נחתם ע"י: דר' כוזם אפי מ.ר. 120927

מסמכים נלווים

נספח 4 :

חוות דעת אורתופדית

(עמודים 40 עד 42)



TOMER KRAVEL MD
ORTHOPEDIC SURGEON

ד"ר תומר קרבאל
מומחה בכירורגיה אורתופדית



מרפאה- רחוב ולנברג 6 תל אביב
טל. מרפאה 03-6440606
רשיון לעסוק ברפואה מספר 32157.
רשיון מומחה מספר 22235

חוות דעת רפואית.

03/02/2026

אני, הח"מ, ד"ר תומר קרבאל, מצהיר בזאת כי אלו פרטיי, פרטי השכלתי וניסיוני:

1. בעל תואר ד"ר לרפואה של הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב משנת 1999.
2. בעל רישיון ישראלי לעסוק ברפואה שמספרו 32157 משנת 1999.
3. מומחה בכירורגיה אורתופדית משנת 2006, רישיון מספר 22235.
4. בוגר קורס טראומה אורתופדית מסוג AO משנת 2001.
5. השתלמות באולטרה סאונד פרקי ירך לתינוקות, STOLZALPE, AUSTRIA, אצל פרופסור גרף.
6. רופא פוסק בוועדות ערר של משרד הביטחון.
7. תת התמחות במכון רובין לאורתופדיה, ביה"ח Sinai בבולטימור.
8. רופא בכיר במערך האורתופדי בית החולים שיבא תל-השומר עד 2022.

מאיר דהן ת.ז 55672992

חוות דעת להגיש בתביעה לעיריית רמת גן
מר דהן נבדק על ידי ביום 03/02/2026 לאחר שזוהה כמקובל

מסמכים רפואיים:

- גיליון מוקד טרם 17.1.25
- מעקב רפואי מרפאות אורטופדיה ד"ר אפי
- גיליון מיון בית חולים איכילוב
- מעקב רפואי ד"ר יחיני
- צילומים
- CT כתף שמאל
- טיפולי פזיותרפיה

פרטי המקרה:

בן 66
בתאריך 17.1.25 נפגע בתאונה בדרך לעבודה ברמת גן. נתקל במפגע במדרכה כפי תיאורו ונפל. נחבל בכתף שמאל.
טופל במוקד רפואי טרם ובית חולים איכילוב ומרפאות קופת חולים
צילומים וכן CT כתף שמאל- שבר הומרוס מקורב צוואר כירורגי 2 חלקים עם תזוזה לוארוס
הומלץ ניתוח ולא בוצע עקב היפונטרמיה
במעקב צילומים איחוי עם וארוס 905 מעלות

כיום- קושי משמעותי יותר בתנועות כתף. חולשה בכתף



בבדיקה:

ימני דומיננטי
כתף שמאל -
קיים דלדול של דלטואיד
טווח תנועה
FF=100 ABD=110 ER=60 IR=L3
מבחן EC +. אימפינגמנט +. גרבר שלילי ניר שלילי. צביטה -
APP-

כתף ימין -
FF=180 ABD=180 ER=50 IR=L1
מסוגל לעשות אופונס מלא. מבחן פרומן שלילי

דיון ומסקנות

בן 66
בתאריך 17.1.25 נפגע בתאונה בדרך לעבודה ברמת גן. נתקל במפגע במדרכה כפי תיאורו ונפל. נחבל בכתף שמאל.

טופל במוקד רפואי טרם ובית חולים איכילוב ומרפאות קופת חולים
צילומים וכן CT כתף שמאל- שבר הומרוס מקורב צוואר כירורגי 2 חלקים עם תזוזה לוורוס
הומלץ ניתוח ולא בוצע עקב היפונטרמיה
במעקב צילומים איחוי עם וארוס 90 מעלות

מר דהן בן 66. ספר בעיסוקו
נפל לפני שנה על מפגע במדרכה בעיר רמת גן כפי תיאורו. חבלה לכתף שמאל
נגרם שבר הומרוס מקורב 2 חלקים
טופל שמרני
במעקב צילומים 10.3.25, 11.55.25, 18.8.25- איחוי שבר הומרוס עם וארוס ניכר 90
מעלות

איחוי לא תקין זה גורם להגבלה בתנועה כפי ממצאי בדיקתי הגבלה עד גובה השכם
מצבו כיום צמית וקשור לתאונה

יש מקום לקבוע נכות זמנית
100% עד 1.4.25
50% עד 1.6.25

לדעתי נותרה נכות צמיתה בגובה
• 20% לפי 41(4)ג חלקי הגבלה בכתף שמאל



ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו
כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט

על החתום
ד"ר תומר קרבאל

ד"ר תומר קרבאל
מומחה בכיר לרפואת אורתופדיה
ואורתופדיה כללית
מ.ר. 22157 מ.ר. 22159
בית הדין לעבודה

נספח 5 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 44 עד 46)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

ד"ר	מאיר	055672992	י"ס
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
החרושת	7	5256809	0503206040
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____



חלק ב'	מכבי	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח:	מכבי	סניף	מס' חבר	שם המוסד
רופאים:	1. ד"ר יעקב יעני	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____
תאריך: 19.3.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X **אריאל פרידלנד** (חתימה) (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מ.ר. 62254

ייפוי כח
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
_____	_____	_____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מ"ר צה, מס' 055692992, מרחוב המלך המעוז 7 למג 2,
ת.ז. מס' להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום 17.6.25
נגד מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.



14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11 לחודש 03 שנה 2025

חתימה: אריאל מרשי הנ"ל X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל מרשי הנ"ל
מ.ר. 62254
עו"ד

